

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**CONOCIMIENTO DE LOS PADRES O CUIDADORES
SOBRE LOS SIGNOS DE ALARMA PARA INFECCIÓN
RESPIRATORIA AGUDA (IRA) QUE MOTIVEN LLEVAR AL
NIÑO MENOR DE 1 AÑO A UN CENTRO DE SALUD.**

Tesis presentada como parte de los
requisitos para optar al grado de
Licenciado en Enfermería.

**ALICIA ESTELA PÉREZ SALAS
NATALÍ MARIBEL RIVAS CRUZ**

**VALDIVIA- CHILE
2009**

Profesor patrocinante:

Nombre : Sra. Gema Santander M.
Profesión : Enfermera
Grados : Magíster en Salud Pública mn. Epidemiología

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina
Firma :

Profesores informantes:

1) Nombre : Srta. Cecilia Molina D.
Profesión : Enfermera
Grados : Magíster en Enfermería mn. Médico Quirúrgica

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina
Firma :

2) Nombre : Srta. Tatiana Victoriano R.
Profesión : Enfermera
Grados : Magíster (C) en Desarrollo Humano mn. Desarrollo Personal Familiar

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina
Firma :

Fecha examen de grado: 15 de Mayo de 2009

INDICE

RESUMEN	ii
SUMMARY	iv
1. INTRODUCCION	1
2. MARCO TEORICO	2
3. OBJETIVOS	15
4. MATERIAL Y METODOS	16
5. RESULTADOS	18
6. DISCUSION	31
7. CONCLUSIONES	35
8. BIBLIOGRAFIA	37
ANEXOS	40

RESUMEN

Las Infecciones respiratorias agudas (IRA) son consideradas unos de los principales motivos de consulta en menores de 5 años, transformándose en uno de los problemas más importantes de Salud Pública en nuestro país. La educación y el conocimiento que los padres o cuidadores adquieran podrían ser un factor clave en la disminución de las cifras de morbimortalidad de estas patologías que colapsan los centros de atención.

El objetivo es describir el nivel de conocimiento que manejan padres o cuidadores en relación a los signos de alarma relacionados con infección respiratoria aguda, que inciten llevar a su hijo menor de 1 año a un centro de salud y su relación con el perfil socioeconómico familiar.

Es un estudio de tipo cuantitativo, transversal y descriptivo. El grupo estudio lo conforman 118 madres o cuidadores de niños que asisten al control de niño sano en el Consultorio Externo de Valdivia, entre la tercera semana de noviembre de 2008 y la segunda semana de enero de 2009. Se analizó el nivel de conocimientos de signos y síntomas y perfil socioeconómico relacionados a Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).

Los principales resultados muestran que el 76.3% nivel socioeconómico bajo. El 46.6% de los niños en estudio ha presentado alguna patología de tipo respiratorio, de éstos el 54.5% corresponde al sexo masculino. El nivel de conocimiento respecto a signos o síntomas de alarma para IRA, fue de 14% nivel bajo, 61% nivel medio y 25% nivel alto. Existe un aumento en los índices de escolaridad a medida que aumenta el nivel de conocimientos en relación a las IRAs. Los factores de riesgo que presentan mayor incidencia en IRA son, bajo nivel socioeconómico con 51.1%, lactancia mixta o artificial con un 50%, ventilación del hogar menor a 3 veces por semana con 48.8% y antecedentes mórbidos familiares de tipo respiratorio con 47.5%. Bajo nivel socioeconómico, sin educación previa en IRA obtuvieron índices que disminuían a medida que aumentaba el nivel de conocimientos en IRA. Hospitalización del niño, antecedentes mórbidos en el niño y familiar de tipo respiratorio, mostraron índices que aumentaban a medida que aumentaba el nivel de conocimientos respecto a signos o síntomas de alarma en IRA lo que pudiese indicar un proceso educativo vivenciado por estas madres durante estas experiencias.

En general, el nivel de conocimientos respecto a IRA es directamente proporcional a la escolaridad, nivel socioeconómico y educación previa respecto al tema, también muestra un aumento cuando la madre o cuidador que ha tenido la experiencia de un hijo con patologías respiratorias u hospitalización por esta causa y un familiar con una enfermedad respiratoria crónica. Por lo tanto se hace necesario potenciar el área de educación respecto al tema en atención primaria, para disminuir la morbimortalidad infantil por esta causa.

SUMMARY

The severe respiratory infections are considered one of the main reasons to consult for children under five years old, turning into one of the most important problems of Public Health in our country. The education and the level of awareness that parents acquired about the problem may be a clue factor in the reduction of the morbimortality figures of this pathology which collapses the medical attention centers every year.

The objective of this thesis is to describe the level of awareness that parents or carers manage about some alarm signs related to severe respiratory infections (ARI), which urge them to carry the child under one year to a medical center and their connection with the familiar socioeconomic profile.

This research is quantitative, transversal and descriptive type. The research group is composed for 118 mothers and carers who go to children medical checkup to the Consultorio Externo de Valdivia, between the third week of november 2008 and the second week of january 2009. It was analyzed the level of awareness about signs symptoms and socioeconomic profile related to severe respiratory infection (ARI).

The main results showed that, 76.3% low socioeconomic level. The 46.6% of children in this research have shown some pathology of respiratory type, among these 54.5% corresponded to male children. The level of awareness about some alarm signs and symptoms to IRA was 14% low socioeconomic level, 61% middle socioeconomic level and 25% upper level. There is an increase in the rate of school levels when the level of awareness about the problem increases. The risk factors which present higher effect in ARI, are low socioeconomic level 51.1%, mixed or artificial breastfeeding 50%, home less than three times a week 48.8% and morbid medical history of respiratory type 47.5%. Low socioeconomic level, and the fact of not being previously aware of severe respiratory infections, which rates decrease when levels of awareness about this issue increase. Child hospitalization and morbid medical history in the child showed rates which increased when the level of awareness about alarm signs and symptoms about ARI which may indicate an educational process lived for the mothers or carers during these lived experiences.

In general the level of awareness according to ARI is directly proportional to the school level, socioeconomic level and previous awareness of the issue, it also shows an increase as long as the mother or the carers have had the experience of a child with respiratory pathology or hospitalization because of this cause and a relative who has had a severe respiratory disease. The rest of risk factors doesn't have much relation with the level of awareness about ARI, therefore it is necessary to promote the education area about this issue as primary attention to reduce the morbid medical history in children from this cause.

1. INTRODUCCION

Las infecciones respiratorias agudas, representan una de las principales causas de consulta médica por morbilidad en el menor de cinco años en nuestro país (Ministerio de Salud, 2005). También es una de las principales causas de muerte en este grupo etáreo, sobre todo por neumonía (Fielbaum y Herrera, 2000), muchas de éstas se puede evitar, pero para ello, se debe conocer la realidad sociodemográfica de acuerdo a la población que se atiende, con el fin de plantear líneas de acción que satisfagan las necesidades de dicho grupo.

En relación a lo anterior, una de las principales metas en salud, es evitar que muchas causas prevenibles, lleguen a ser tratadas en la atención secundaria, evitando los colapsos y consultas innecesarias, muchas veces por la falta o escasa información que el personal de salud le brinda a las personas, para ello se han establecido programas que contribuyen a la descongestión de los centros de salud y principalmente a disminuir la morbimortalidad infantil, como lo es el Programa IRA, aprobado por el Ministerio de Salud (Astudillo, Guirardi y Zúñiga, 2001). Sin embargo, estos programas se enfocan al nivel secundario de atención, considerando que mediante la prevención de estas patologías, se podría disminuir la utilización de éstos programas de salud.

En este contexto, el papel del profesional de enfermería es crucial (no sólo en el tema que se plantea en este estudio), ya que es éste quien debe guiar, orientar y educar a la comunidad respecto a los cuidados y promover el autocuidado en los individuos con capacidad física y/o mental para realizarlo.

A través de esta investigación se pretende identificar los factores de riesgo de IRA y su relación con el nivel de conocimiento, de manera que sirvan de orientación para la formulación o mejoramiento de planes educativos, contribuyendo de esta manera a la mejor promoción, prevención y accesos oportunos a los sistemas de salud en los niños menores de un año, los cuales son los mayormente afectados con este tipo de patologías.

2. MARCO TEORICO

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), son afecciones provocadas por agentes biológicos que pueden ser bacterias o virus, éstos pueden afectar la vía respiratoria en cualquier nivel y dependiendo de la localización la infección puede ser en las vías aéreas altas o bajas. Se consideran IRA altas el resfrío común, faringoamigdalitis, faringitis y otitis media aguda. Entre las patologías consideradas como IRA baja, están la laringitis obstructiva, bronquitis obstructiva, neumonía y bronconeumonía. (Fielbaum y Herrera, 2000)

En cuanto a la etiología viral, las IRA tienen su origen en 4 grupos de virus: Virus respiratorio sincicial o VRS, adenovirus o ADV, Influenza A y B, parainfluenza 1, 2, 3. Las bacterias que mayor protagonismo tienen son: Streptococcus beta hemolítico grupo B y Gram (-) en los neonatos, Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae en la edad lactante y Streptococcus pneumoniae y Mycoplasma pneumoniae en la edad preescolar y escolar. (Fielbaum y Herrera, 2000)

En relación a la epidemiología, las afecciones respiratorias en niños menores de 5 años, son uno de los principales motivos de consulta médica, en nuestro país éstas abarcan un 60% de las consultas anuales en promedio, transformándose en unos de los principales problemas de Salud Pública especialmente en los meses de invierno. La falta de equidad en acceso al conocimiento y tecnologías influyen negativamente en el aumento de las cifras estadísticas relacionadas con la morbimortalidad de este grupo. (Ministerio de Salud, 2005; Fielbaum y Herrera, 2000)

En el mundo anualmente mueren 4 millones de niños menores de 5 años por IRA; en más del 90% de los casos, la causa del deceso es la neumonía. (Fielbaum y Herrera, 2000; Ministerio de Salud, 2005).

Neumonía, corresponde a la inflamación de los pulmones en la cual los alvéolos se llenan de exudado, por este motivo la región afectada no se encuentra funcional lo que implica oxigenación insuficiente. (Thompson, Schulte, Price y Gwin, 2002). Además de contraer neumonía por contagio de otro paciente portador de la patología, la aspiración de alimento, así como también el reflujo gastroesofágico puede provocar la aspiración del contenido gástrico y de esta manera provocar neumonía. Los síntomas varían de acuerdo a la edad y agente causante, en un principio la tos puede ser seca, pero al tiempo se vuelve productiva, la fiebre puede llegar hasta los 40°C pero en 24 hrs. puede variar mucho, la frecuencia respiratoria aumenta entre 40 y 80 veces por minuto en los lactantes, las respiraciones son superficiales porque el paciente intenta disminuir el dolor torácico, además se observa retracciones costales

al entrar en funcionamiento los músculos auxiliares de la respiración, también puede existir aleteo nasal, rechazo alimentario y en algunos casos cianosis peribucal. (Thompson, et al., 2002)

En los países de América la neumonía y la influenza pueden ser la causa de hasta el 33% de las muertes totales de niños menores de un año y de hasta el 27% de los niños de uno a cuatro años, lo que contrasta con países desarrollados como Canadá y Estados Unidos en los que estas enfermedades representan menos del 2% de las muertes de niños menores de un año y menos del 3% de la de los niños de uno a cuatro años. (Fielbaum y Herrera, 2000).

Respecto a lo anterior, este desequilibrio en la salud infantil, motivó a crear nuevas intervenciones, en este contexto la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), crearon en 1997 la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), como estrategia para disminuir la desigualdad de la salud infantil entre países desarrollados y en desarrollo. Esta estrategia consta de un conjunto de medidas y procedimientos destinados a la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento relacionados con los problemas de salud que puedan afectar a los menores de cinco años.

La AIEPI con el motivo de lograr su propósito, establece los siguientes de objetivos:

Epidemiológicos:

- “Reducir la mortalidad en menores de cinco años, especialmente la mortalidad debida a enfermedades infecciosas tales como neumonía, diarrea, tuberculosis, meningitis, septicemia, sarampión y otras enfermedades prevenibles por vacuna; y la mortalidad debida a trastornos nutricionales.
- Reducir la incidencia de enfermedades tales como sarampión y otras enfermedades prevenibles por vacuna, diarrea, parasitosis intestinales, tuberculosis, etc.
- Reducir la incidencia de casos graves de enfermedades transmisibles tales como neumonía, diarrea, malaria, tuberculosis y desnutrición.”

Para lograr estos objetivos, es necesario que el programa logre los siguientes objetivos Estratégicos:

- “Disminuir la tasa de letalidad hospitalaria por infecciones respiratorias, diarrea ya que los casos que requieren tratamiento hospitalario se detectarán más precozmente y serán menos graves.
- Disminuir la frecuencia de casos graves entre los niños menores de cinco años que son llevados por las madres y otros responsables de su cuidado en el hogar a los servicios de salud.

- Disminuir los egresos hospitalarios por neumonía, diarrea, al disminuir la ocurrencia de casos graves y aumentar la resolución de los casos que consultan en el primer nivel de atención.
- Reducir la referencia de casos de IRA, diarrea que pueden ser tratados adecuadamente en el primer nivel de atención.
- Modificar el número y la distribución de los diagnósticos en la consulta de atención primaria y en la hospitalización de niños menores de 5 años, por la disminución de la incidencia de casos de enfermedades evitables.
- Disminuir el uso innecesario de tecnologías de diagnóstico (radiología, análisis de laboratorio).
- Reducir el uso innecesario de antibióticos para el tratamiento de los casos de IRA y diarrea que no los requieren para su curación.
- Suprimir el uso de medicamentos inefectivos y nocivos para el tratamiento de las IRA y la diarrea, tales como jarabes para la tos, expectorantes y anti diarreicos.” (OPS, 2001)

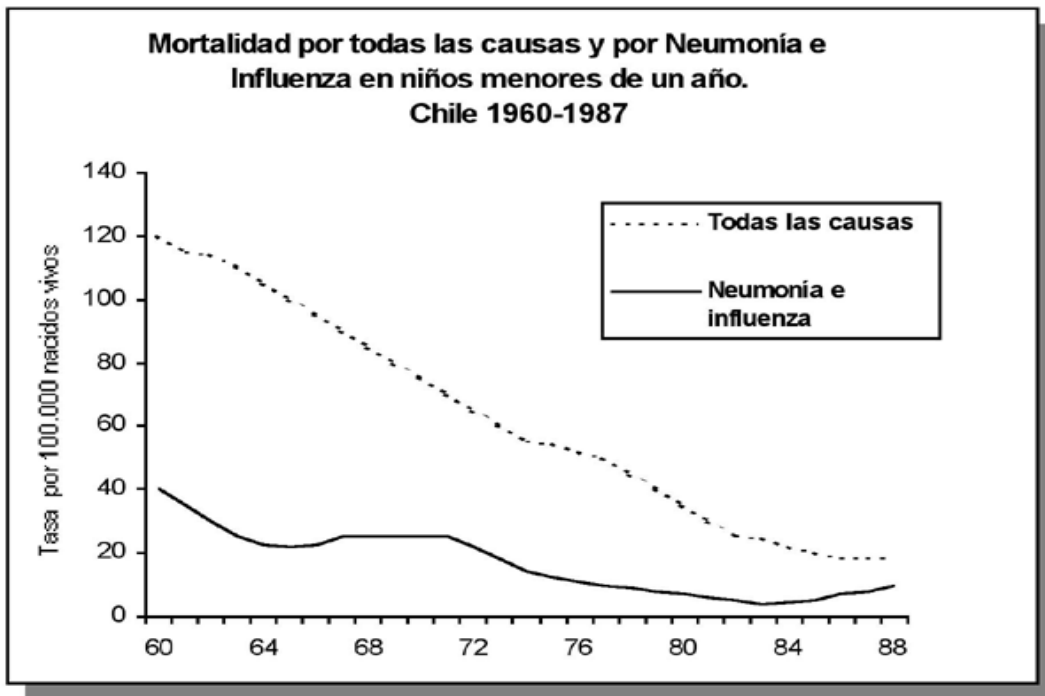
Por lo tanto esta estrategia no solo se dirige a la atención integral y específica del niño en el centro de salud, también cubre la acción de medidas preventivas y el mejorar el conocimiento de los padres y cuidadores de los niños menores de cinco años, respecto a cuidados en el hogar, promoviendo de esta manera una mejor equidad en el acceso de la población mundial a aquellas intervenciones y conocimientos que en definitiva si se logran correctamente disminuirán las cifras de morbimortalidad a nivel mundial.

Estudios realizados por la OPS en los años 80, sobre la mortalidad infantil por todas las causas a nivel mundial, demostraron que en todos los países, la mortalidad por neumonía disminuía, pero en Chile, a diferencia del resto, esta cifra iba en aumento.

Ante este escenario, comenzaron a realizarse estudios específicos en hospitales y regiones del país que dilucidarán el porqué de esta diferencia con el resto de los países. Los resultados arrojaron que efectivamente la principal causa de mortalidad infantil tardía, o sea mayores a 28 días, era por IRA, más específicamente por neumonía y más aún, se conoció que el origen de ésta, en la mayoría de los casos era viral, a diferencia del resto de los países que tenían origen bacteriano. Este era el detalle por el cual la mortalidad en vez de disminuir aumentaba, a pesar de las líneas de acción aconsejadas por la OMS, las cuales eran administrar antibióticos a los niños con IRA, solución que en nuestro país no era la adecuada, ya que éstos de todas maneras fallecían, porque su problema provenía de un virus y no de bacterias. Otros datos relevantes indicaron que los niños fallecían en su domicilio, camino al hospital o simplemente por desconocimiento, nunca consultaron. (Astudillo, et al., 2001)

Grafico 1: Mortalidad por todas las causas y por neumonía e influenza en niños menores de un año. Chile 1960-1987

Fig. 1



Fuente: Ministerio de Salud. *Guía Clínica Infección Respiratoria Aguda Baja de Manejo Ambulatorio en menores de 5 años*. Santiago: Minsal, 2005.

Este gráfico muestra la tendencia al descenso y el comportamiento de la mortalidad por todas las causas y por neumonía e influenza en menores de 1 año.

Con todos los estudios y datos recopilados, se pensó en la confección de líneas de acción acorde a la realidad que en nuestro país se estaba desarrollando, elaborándose programas de prevención y manejo de las enfermedades respiratorias agudas infantiles dirigido a la atención primaria de salud.

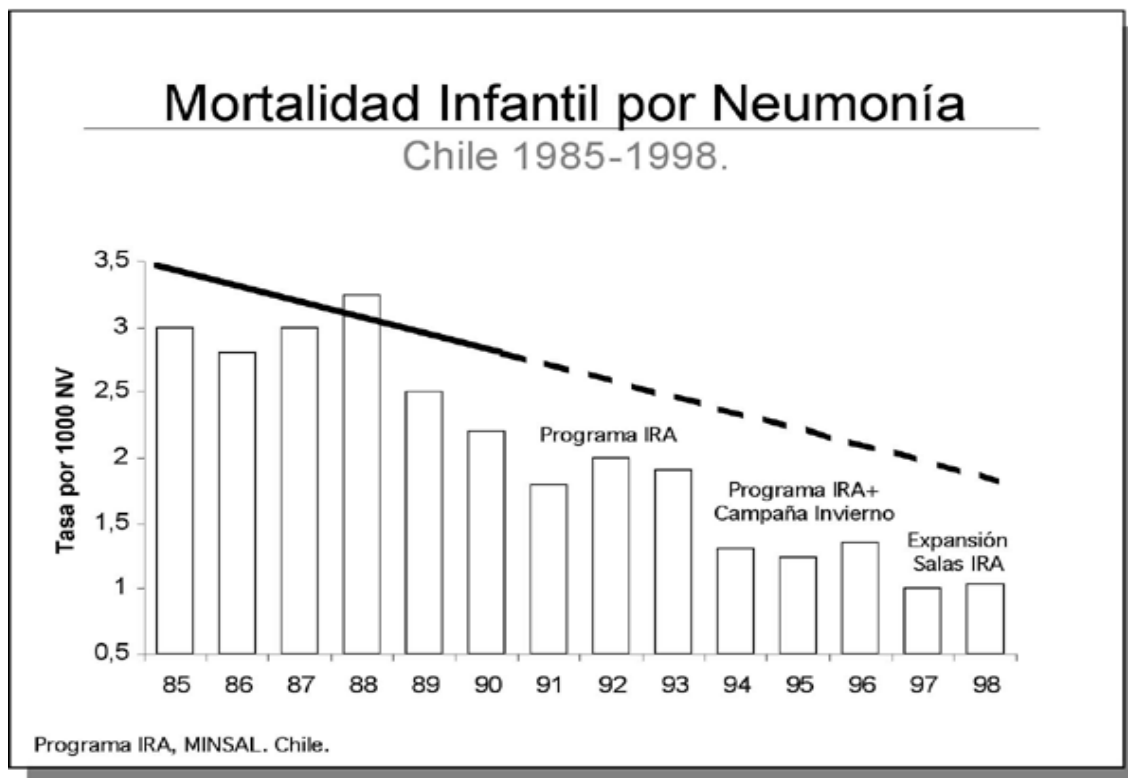
Es así como nace el programa IRA a inicios de la década de los años 90, programa aprobado por el Ministerio de Salud Chileno, cuyo principal fin era combatir la morbimortalidad por infecciones respiratorias agudas, obteniendo desde su comienzo, interesantes resultados. Se suman en este nivel, la atención por parte del Kinesiólogo y la apertura de las llamadas salas de hospitalización abreviadas, que tienen por objetivo resolver de manera ambulatoria las patologías obstructivas en los meses de invierno. (Astudillo, et al., 2001).

Dentro del programa se destacan las siguientes estrategias:

- Salas de hospitalización abreviada: implementadas 395 salas en los consultorios, en el 2001.
- Capacitación de los equipos de salud (Médicos, Enfermeros, Kinesiólogos y Técnicos Paramédicos) en prevenir, reconocer y clasificar los grados de Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO).
- Educación a los padres y cuidadores en prevenir y tratar la enfermedad. Educación e información masiva a la comunidad, mediante la prensa escrita, televisión, radio, folletos y afiches distribuidos en centros de alta recurrencia.
- Evaluación periódica del programa. (Fielbaum, y Herrera, 2000).

Se apreció claramente la disminución en las hospitalizaciones, demostrando de esta manera el poder resolutivo que alcanzaba el nivel primario de atención. Además se implementaron centros de vigilancia epidemiológica a lo largo de todo el país, permitiendo detectar el perfil de la morbilidad respiratoria, junto con la detección precoz en caso de brotes. (Astudillo, et al., 2001)

Gráfico 2: Mortalidad infantil por Neumonía en Chile 1985-1998



Fuente: Astudillo, P., Guirardi, G. y Zúñiga, F. (2001). El programa IRA en Chile: Hitos e Historia. *Revista Chilena de pediatría*.

Este gráfico permite mostrar el impacto que produjo después de los años 90 la incorporación del programa IRA, campaña de invierno y expansión de salas IRA, en nuestro país.

Actualmente existen 536 salas IRA en todo el país y 500 salas ERA (adultos), produciéndose el año 2008 una disminución de un 42% de las muertes por neumonía según lo registrado a la misma fecha del año pasado. (Minsal, 2008).

Chile a nivel Sudamericano, se encuentra ubicado dentro de los países con menor porcentaje de incidencia de muertes por neumonía (UNICEF, 2008) se le atribuye este logro a los programas confeccionados en nuestro país para tratar estos casos, especialmente en los meses de invierno que son los de mayor demanda. Sin embargo, a pesar de mantener programas de acción que han arrojado buenos resultados, cada año, las enfermedades respiratorias agudas sigue siendo un problema que colapsa muchos centros de atención.

2.1 MARCO DE REFERENCIA.

Como se dijo anteriormente, los países para disminuir las amenazantes cifras de morbimortalidad infantil a nivel mundial, junto con entidades internacionales como la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS), además de crear y poner en práctica programas dirigidos a promover y prevenir las afecciones respiratorias, en la misma línea, comenzaron a estudiar las diferentes variables que influían en el desarrollo de estas patologías con el fin de enfocar tanto las educaciones (prevención primaria) como las medidas de acción frente a la patología (prevención secundaria). Para esto conformaron grupos de asesores en IRA a nivel internacional que buscaron una clasificación con base en la severidad del episodio clínico, con el fin de tener una clasificación que oriente a la acción, de esta manera se buscaron indicadores sencillos que luego de evaluaciones se seleccionaron. Estos fueron: la frecuencia respiratoria y retracciones costales, siendo el primero el indicador de severidad más importante, no sólo por la experiencia vivida de todos los asesores. Los trabajos de evaluación de Shan et al. (Citado por Leal, et al., 2001), también demuestran que el aumento de la frecuencia respiratoria representa compromiso del parénquima pulmonar, sin embargo, este indicador no es aplicable a todos los casos, es decir, pueden existir neumonías sin aumento franco de la frecuencia respiratoria o tener neumonía sin tener necesariamente, frecuencia respiratoria alta.

El tiraje subcostal fue otro indicador de severidad de IRA, que tanto la experiencia de los asesores como las investigaciones realizadas demostraron que se relacionaba con la necesidad de hospitalizar y administrar oxígeno, sin embargo, este indicador será considerado según criterio del médico que evalúe la manera en que se presente la retracción. Para esto se fijará en los lugares de retracción, la persistencia de las retracciones y en la edad del niño.

Otros indicadores considerados por la experiencia de los asesores para seleccionar signos de peligro y de riesgo a padecer una grave enfermedad fueron:

- Habilidad de beber líquidos: en el menor de dos meses, cuando bebe la mitad de lo que acostumbra y en el mayor de dos meses cuando se observa dificultad para beber.
- Dificultad para despertar: Indicador de compromiso sistémico.
- Desnutrición grave.
- Fiebre o hipotermia en los menores de dos meses. (Leal, et al., 2001).

Una investigación desarrollada en el Departamento de Pediatría del Hospital Belén Trujillo en Perú en el año 1985 (Citada en OPS, 1999), dio a conocer que entre los hospitalizados por IRA baja, el 60,13% fue por neumonías, 29,1% por bronquiolitis aguda y 3,7% por laringotraqueítis; todos estos casos se caracterizaron por tos, polipnea y retracción, siendo la fiebre elevada más común en las neumonías. Se concluyó, que en dos de cada siete

hospitalizados y en tres de cada cinco consultas con IRA, la tos, la polipnea y la retracción, sirven para tomar decisiones de tratamiento en atención primaria.

Un Estudio realizado en Colombia (Cujíño y Muñoz 1999) acerca de los conocimientos, prácticas y acciones de promoción y prevención en IRA en niños, arrojó que los síntomas más frecuentes referidos por las madres de complicación respiratoria eran la dificultad para respirar, la fiebre, la congestión en los pulmones y que el niño se pone “morado”. La conducta asumida por las madres en caso de gravedad es llevar el menor al médico, a la farmacia, al centro de salud o al hospital. Expresaron además, que evitando los cambios de clima, el polvo, la humedad, el humo del cigarrillo, disminuye la frecuencia de las afecciones respiratorias en los menores. Se observó que algunas madres presentaban dificultad para diferenciar los signos y síntomas leves de los de alarma, se rescató también que algunas madres sabían reconocer ciertos signos de alarma pero no prestaban mayor atención a los de neumonía, y que ante síntomas iniciales, aplican tratamientos caseros medicando al niño según propio criterio.

Un estudio realizado en Chile por Toro y Astroza (citado por Cujíño y Muñoz, 1999) habla de un proyecto de autocuidado que conduce a mejorar los conocimientos de la población sobre IRA y cuyo fin era realizar una medición de los conocimientos, creencias y prácticas de las madres en relación a IRA, diagnosticar los factores de riesgo y caracterizar a las madres por estos factores de riesgo. Durante el estudio, las madres refirieron como signos de alarma la fiebre, quejido y pecho apretado, menos importancia le dieron al tiraje subcostal y respiración rápida. En cuanto al perfil de la población, la mayoría de las madres pertenecían a un nivel socioeconómico bajo y muchas no completaban sus estudios. Se destaca entre las conclusiones que el nivel de escolaridad es directamente proporcional al reconocimiento de los signos de alarma de IRA.

Otro estudio realizado en México, concluyó que el conocimiento en IRA en el 61% de las 348 madres y/o cuidadores de menores de 5 años encuestados era regular, destacando que la mayoría no conocía la sintomatología, las medidas preventivas y los cuidados del hogar. (Martínez, Garza, Arcos y Castro, 2002.)

Distintos factores predisponentes o de riesgo pueden favorecer la presencia de las IRA, como ya hemos mencionado en párrafos anteriores, están el nivel socioeconómico y la escolaridad de los padres, encabezando la lista de factores de riesgo, siguiéndole otros no menos importantes como la edad del niño, el bajo peso al nacer, la desnutrición, la inadecuada lactancia materna, el hacinamiento, la contaminación ambiental, la inhalación de humo en niños de familiares fumadores, así como enfermedades crónicas que puedan favorecer la presencia de las IRA.

Una recopilación de estudios a nivel mundial establece una serie de factores de riesgo para las IRA entre los cuales se encuentran:

Factores de riesgo demográficos:

- Sexo y Edad

Al revisar la literatura destaca que los varones presentan mayor incidencia de IRA que las mujeres. En el estudio realizado en el Hospital Belén Trujillo de Perú (Citado por OPS, 1999), los resultados arrojaron que 583 casos de IRA por 1000 pacientes de consulta externa, los grupos de riesgo incluían menores de cinco años (81,5%) y sexo masculino (55,3%). Un estudio realizado en un Consultorio en Santiago de Chile, demuestra lo que se acaba de mencionar, la muestra incluyó niños entre 0 y 14 años de edad, los resultados demostraron que los riesgos de enfermar son significativamente mayores en varones y en menores de un año. (López, et al., 2001). En un estudio realizado en niños hospitalizados por IRA en un hospital de Santa Fe, Argentina, se demostró el predominio del sexo masculino en el 64,5% de los pacientes estudiados, y los menores de un año (80,6%), como los grupos mayormente afectados. (Kusznierz, et al., 2007).

Factores de riesgo socioeconómicos

- Ingreso familiar y educación de los padres

Un estudio realizado en Cuba (Martínez y Valdés, 1999), afirma como el nivel educacional de la madre o cuidador influye en la morbilidad por IRA, mencionando por el mismo motivo, la importancia de enfocarse en las educaciones para este grupo vulnerable, ya sea en la sala de espera de atención en los consultorios u hospitales o dentro de la misma consulta médica. Otro estudio realizado en Brasil observó que mientras menor era la renta, mayor era la prevalencia en IRA (52%). Este mismo estudio mostró que los niños con madres sin escolaridad presentaban un 68,8% de prevalencia de IRA; los niños cuyas madres tenían un mejor nivel educacional presentaban un 36,4% de prevalencia. (Freitas, et al. 2004).

Factores ambientales

- Exposición al humo (contaminación doméstica).

El estudio realizado en Chile por Barría y Calvo (2008), señala que el tabaquismo pasivo de los lactantes dentro del hogar aumenta al doble el riesgo de desarrollar IRA baja. Los niños indígenas americanos menores de dos años expuestos a estufas de leña, tuvieron cerca de cinco veces más probabilidades de tener neumonía confirmada radiológicamente, que los

niños de la misma edad y sexo de hogares sin tales estufas. (OPS, 1999). Respecto a la exposición de los niños al humo del cigarro, Prieto, et al. (2000), en su estudio sobre factores de riesgo para enfermedades respiratorias, señalaron que el 84% de los casos o sea, quienes presentaron enfermedad respiratoria en forma reiterada, estuvo expuesto, mientras que en los controles un 63% no tuvo exposición.

Hacinamiento

Un estudio en Brasil mostró que la presencia de tres o más niños menores de cinco años en la vivienda, se asociaba con un incremento de 2,5 veces en la mortalidad por neumonía. (OPS, 1999). El estudio de Prieto et. al. (2000), también se analiza el hacinamiento en relación con las IRA, donde un 60% de los casos presentaba el factor hacinamiento, mientras que en los controles el porcentaje era sólo de un 11%.

Exposición al frío y humedad

Es posible, que factores ligados al clima frío, tales como el hacinamiento o la contaminación doméstica, sean a la larga responsables de la mayor morbilidad y mortalidad respiratorias durante los meses de invierno (OPS, 1999). Las bajas temperaturas se relacionan con un discreto efecto en IRA, favoreciendo la presencia de infecciones virales respiratorias en épocas frías. (Avenidaño, Céspedes, Stecher y Palomino, 1999).

Otros

- Lactancia materna

Un estudio de casos y controles realizado en Cuba (Prieto, Reitor y Russ, 2000) revela que la lactancia materna se comporta como un factor de riesgo cuando no está presente. Otro estudio realizado en América latina y el Caribe concluye que la lactancia materna exclusiva en los menores de cuatro meses y parcialmente materna en los menores de 4 a 12 meses reduciría significativamente la morbimortalidad por IRA y otras enfermedades. (Citado por la OPS, 2001). En una localidad de Brasil se demostró que la duración de la lactancia estuvo significativamente asociada con un mayor riesgo de IRA: los niños que nunca habían sido amamantados presentaban 49% más de posibilidades de contraer IRA que los niños que lo fueron o que todavía lo eran. (Freitas, Halpern, Gomes y Celso, 2004).

El informe del Estado Mundial de la Infancia 2008, elaborado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), destaca los logros obtenidos por nuestro país respecto a sobrevivencia infantil, mencionando que en el año 2006 Chile, respecto a la

mortalidad de menores de cinco años, queda en el lugar 148 entre 191 países y es superado sólo por Cuba en Latinoamérica. El informe también refiere la importante disminución de la mortalidad por IRA en los menores de un año gracias a las líneas de acción elaboradas y dedicadas a la promoción, prevención y tratamiento precoz, como los Programa IRA, las campañas de invierno e incorporación de IRA al AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas de la Salud). Señala también, el desafío pendiente, el cual es superar la inequidad que concentra las muertes en hijos de mujeres con baja escolaridad.

De acuerdo al contenido de esta investigación, se deduce que, en el contexto de las teorías de enfermería, la más relacionada a este estudio, es la Teoría de Autocuidado de Dorothea Orem, ya que para prevenir el aumento de las cifras de morbilidad, se debe practicar esta teoría tanto por el equipo de salud, como por la comunidad.

Si bien los niños son incapaces de brindarse cuidados por sí mismos, estos le pueden ser entregados por su madre o cuidador. Según Dorotea Orem, define autocuidado como: *“Prácticas de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y de desarrollo”* (Orem, 2001, citado en Marriner, 2007, p. 269.).

También define actividad enfermera como: *“Capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da el poder (...) para actuar, saber y ayudar a las personas (...) a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado”*. (Orem, 2001, citado en Marriner, 2007, p. 271).

Existen los sistemas de enfermería, global compensatorio, parcial compensatorio y sustentador educativo, el último es el que con mayor frecuencia se puede llevar a cabo en el nivel primario de atención, ya que las personas están relativamente sanas, no habiendo mayores impedimentos para otorgar y entregarse cuidados, sino mas bien, sólo es necesario orientar y guiar en cuanto a cómo estos cuidados se deben realizar.

En el proceso de valoración y diagnóstico se debe identificar el déficit de autocuidado y la situación de enfermería, según el objetivo del cuidado de la salud, aspecto que en este caso deben ser valorados en los cuidados que la madre da a su hijo, respecto a la prevención de IRA. En la etapa de diseño y planificación, se deben calcular los requisitos de autocuidado y para éstas determinar la mejor forma para ayudar a resolver el déficit de éste. Posteriormente se deben establecer las prioridades según el déficit de autocuidado y determinar el rol que cumplirá la madre o cuidador, según sus capacidades respecto a cómo resolver estos déficit, de la misma forma como profesionales de enfermería, debemos evaluar el rol que

desarrollaremos, frente a esta situación, según los sistemas antes planteados; global compensatorio, parcial compensatorio y sustentador educativo.

En cuanto a los métodos de ayuda, en la teoría de Orem, se observan tres:

- Actuar o hacer por otro, en el que se actúa con el fin de cumplir las metas del otro.
- Orientación a otro, se utiliza cuando las personas deben decidir sobre los cuidados que debe brindar o brindarse a si mismo.
- Apoyo a otro, se utiliza cuando se enfrenta una situación no deseada, como una crisis no normativa, la enfermera debe evaluar hasta que punto esta situación se hace sostenible por la persona, en este caso la madre o cuidador, frente a la situación dada.

En la etapa de intervención y evaluación del proceso de enfermería, se debe regular el requisito de autocuidado y la capacidad de autocuidado de la madre o cuidador, principalmente de las acciones que pueda brindar a su hijo, regulando también los roles que cumple ésta y la enfermera, con el fin de que poco a poco, la relación sea más independiente la una de la otra, para así alcanzar un nivel en que ya no sea necesaria la intervención de enfermería y la madre sea capaz de entregar estos cuidados por si sola.

La toma de decisiones, de acuerdo a Orem (1995, citado en Campos y Márquez, 2004) en su teoría de autocuidado, se considera como la primera etapa del autocuidado deliberado. Esto requiere tomar conciencia de cuáles son las decisiones que deben enfrentar las personas respecto de su propia salud y la de sus familias, como ya se dijo, el autocuidado es entendido como una acción consciente que persigue un objetivo o algún resultado. La entrega de información y educación, mejora las aptitudes de los padres en la toma de decisiones acertadas, aspecto que es parte de la estrategia planteada en la Carta de Ottawa, según Sánchez (2000, citado en Campos y Márquez, 2004). Esta acción intencionada de autocuidarse, lleva implícita dentro de sus primeras etapas la toma de decisiones de los individuos.

Todo lo anteriormente expuesto, demuestra lo importante y necesario que es mantener a la población informada y educada sobre un problema de salud que se impone inevitablemente todos los inviernos en los centros de salud. A pesar de que las enfermedades respiratorias desde hace muchos años constituyen la principal causa de consulta a nivel mundial, aún persiste ignorancia en el tema relacionada con la prevención y tratamiento de éstas, siendo el recurso más efectivo la educación. El nivel educacional, socioeconómico y malas condiciones de la vivienda son en buena parte responsables de desencadenar estas afecciones respiratorias. La falta de una educación básica de salud de la infección respiratoria leve, con las mínimas nociones de cómo manejar una IRA leve, que cosas no se deben hacer y sobre todo, cuales son los signos de alarma que induzcan a buscar ayuda en salud, aportarían significativamente a evitar el agravamiento y número de hospitalizaciones de los pequeños con IRA leve. (Leal, et al., 2000)

Es por esto que el consultorio debe funcionar como una pequeña escuela en salud, donde el médico, enfermeros y kinesiólogos, son los profesores que durante la consulta no sólo deben entregar información educativa, sino también estimular al paciente a que resuelva todas sus dudas incitándolo a preguntar y respondiendo ante estas interrogantes con claridad y exactitud, procurando que al final de la consulta el paciente se vaya entendiendo claramente toda la información recibida y que no quede con vacíos ya sea porque no se atrevió a preguntar o porque no comprendió la información recibida por el profesional.

El Consultorio Externo de Valdivia atiende en el programa de Control de Niño Sano a 320 niños menores de un año incluidos hasta el 31 de diciembre de 2008. Los sectores que abarca incluye: Población Yáñez Zabala, Población Pablo Neruda, parte del sector centro, Barrios Bajos y parte de la población de Parque Kramer, Villa San Luís.

Los niños que asisten al programa IRA del mismo consultorio se especifican en la siguiente tabla.

Niños que pertenecen al programa IRA en el segundo trimestre del 2008

	ABRIL 2008	MAYO 2008	JUNIO 2008
INGRESOS	25	39	48
REINGRESOS	4	6	15
CONTROLES	48	67	153

FUENTE: Consultorio Externo de Valdivia. 2008

3. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

- Describir el nivel de conocimiento que manejan madres, padres o cuidadores sobre los signos de alarma relacionados con infección respiratoria aguda, que los inciten llevar a su hijo menor de un año a un centro de salud y su relación con el perfil socioeconómico familiar.

3.2 ESPECÍFICOS

- Definir el perfil de la población en estudio.
- Determinar el nivel de conocimiento de los padres de los signos de alarma de IRA y clasificarlo en alto, medio y bajo.
- Determinar la relación entre el nivel de conocimiento de IRA de los padres y perfil socioeconómico familiar.
- Identificar componentes del perfil de la población en estudio que aumenten el riesgo de adquirir IRA.
- Determinar la relación entre el nivel de conocimiento de IRA y factores de riesgo identificados.
- Determinar si existe relación entre unidad educativa previa en IRA recibida por los padres y factores de riesgo identificados.

4. MATERIAL Y METODO

4.1 TIPO DE INVESTIGACION

Estudio de tipo cuantitativo, transversal y descriptivo

4.2 POBLACION

El grupo estudio lo conforman 118 madres o cuidadores de niños menores de un año que asistieron a control de niño sano, desde la tercera semana de noviembre de 2008 hasta finales de la segunda semana de enero de 2009. El total de niños que se atienden anualmente en el Consultorio Externo de Valdivia es de aproximadamente 320 niños menores de un año. Se determinó un periodo aproximadamente de dos meses como suficiente para abarcar a la tercera parte de la población menor de un año que asiste a control de niño sano.

Los criterios de exclusión corresponden a todos aquellos padres o cuidadores de los niños inasistentes al programa de control de niño sano y los padres o cuidadores que decidieron no participar en el estudio.

4.3 RECOLECCION DE DATOS

Se utilizó una encuesta estructurada, que consta de dos ítems, el primero formulado por las tesisistas, consistió en preguntas cerradas respecto al perfil socioeconómico y de factores de riesgo para IRA, las variables fueron definidas nominal y operacionalmente (Anexo I). La segunda parte corresponde a un instrumento elaborado por la OPS, con el fin de evaluar las estrategias planteadas por la AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades de la Infancia), creado por la OPS, OMS y UNICEF, respecto a la acción que se está realizando sobre las medidas preventivas y de información entregada a los padres relacionado en este caso a IRA. Esta segunda parte consta de distintos signos o síntomas de alarma para IRA, que se marcan a medida que los padres o cuidadores los mencionan. (Anexo III). Las dos partes de la encuesta se realizan mediante preguntas cerradas, en forma verbal, directamente a los padres o cuidadores. La encuesta se realizó previamente a la lectura del consentimiento informado por parte del encuestado y la firma de éste en dicho documento. (Anexo II)

4.4 ANALISIS Y TABULACION DE DATOS

Los datos fueron almacenados en el programa Microsoft Excel 2003, para su posterior análisis y presentación en tablas, gráficos y porcentajes, según frecuencias y comparaciones realizadas entre variables.

5. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la presente investigación, a partir del instrumento aplicado para la recolección de datos. Se realizaron un total de 118 encuestas aplicadas a madres, padres o cuidadores de los niños menores de un año, asistentes al control de niño sano del Consultorio Externo de Valdivia.

Los resultados se mostrarán de acuerdo a los objetivos específicos planteados:

5.1 EDAD DE LOS PADRES O CUIDADORES

El 97% de los encuestados corresponde a la madre del niño incluido en el estudio, el 3% corresponde al padre o uno de los abuelos, que circunstancialmente acudían al control de niño sano. Del total el 17.8% corresponde a madres adolescentes, el 52.5% a madres adulto joven y el 29.7% a adultos medios.

La edad mínima de las madres es de 15 años y la máxima de 49, con un promedio de edad de 27.5 años aproximadamente y DS= 7.9.

5.2 ESCOLARIDAD DE LA MADRE O CUIDADOR

Tabla N° 1. Distribución de madres o cuidadores del estudio según nivel de estudios.

<i>Nivel de estudios</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>% acumulado</i>
Sin estudios	2	1.6%	1.6%
Básica incompleta	5	4.2%	5.8%
Básica completa	11	9.3%	15.1%
Media incompleta	21	17.8%	32.9%
Media completa	53	44.9%	77.8%
Superior incompleto	7	6%	83.8%
Superior completo	19	16.1%	100%
Total	118	100%	

En la tabla 1 se observa que el 5.8% de las madres o cuidador, no tiene estudios o no ha cursado la enseñanza básica completa, considerándose como el porcentaje de población con

bajo nivel de escolaridad. El 94.2% restante presenta un nivel de escolaridad con enseñanza básica completa o superior.

5.3 PREVISION Y NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LA MADRE O CUIDADOR

Tabla N° 2 Distribución de la población en estudio según previsión y nivel socioeconómico.

<i>Previsión</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Nivel socioeconómico</i>	<i>% Nivel socioeconómico</i>
Fonasa A	57	48.3	Bajo	76.3%
Fonasa B	33	28		
Fonasa C	19	16.1	Medio	23.7%
Fonasa D	6	5		
Otro	3	2.5		

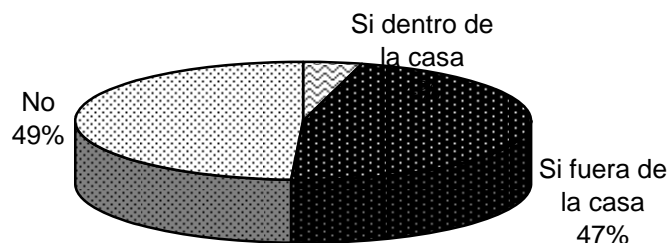
En la tabla 2 se muestra que el 76.3% tienen como sistema de previsión de salud Fonasa A y B, considerándose en este estudio como el nivel socioeconómico bajo, el 23.7% corresponde a Fonasa C, D y otro sistema de previsión, considerándose como el nivel socioeconómico medio. Se utilizó como referencia del nivel socioeconómico, la clasificación FONASA ya que ésta se encuentra asociada a ingreso económico.

5.4 NUMERO DE HIJOS O NIÑOS AL CUIDADO DE LAS MADRES O CUIDADORES.

El 48.3% tiene sólo un hijo, que corresponde al niño en estudio, el 33.9% tiene 2 hijos y el 17.8% tiene 3 o más hijos.

5.5 HABITO TABAQUICO DE ALGUN INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR

Gráfico N° 1: Distribución porcentual de la población en estudio según hábito tabáquico en el hogar.



En relación al hábito tabáquico, en el 49% de los hogares ningún integrante del grupo familiar fuma, del 51% restante que si lo hace, sólo el 4% corresponde al que lo realiza dentro del hogar.

5.6 EDUCACION PREVIA EN IRA

Tabla N° 3. Distribución numérica y porcentual de las madres o cuidadores, según educación recibida previamente sobre IRA y profesional que entregó esta información.

<i>Educación previa en IRA</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
SI	Médico	4	58.5%
	Enfermera	38	
	Kinesiólogo	23	
	Otro	8	
NO		45	38.1%

El 58.5% ha recibido algún tipo de información respecto a prevención y signos de alarma sobre IRA, en el Consultorio Externo de Valdivia, la cual ha sido brindada mayormente por el profesional de enfermería (38) y kinesiología (23). El 38.1% restante manifiesta no haber recibido ningún tipo de información por algún profesional de la salud en relación a las IRA.

5.7 DURACION DE LA GESTACION.

El 80.5% de las madres de los niños incluidos en el estudio, tuvieron un embarazo de término, el 11% fue prolongado y el 8.5% fue de pretérmino.

5.8 TIPO DE LACTANCIA RECIBIDA POR EL NIÑO HASTA EL SEXTO MES

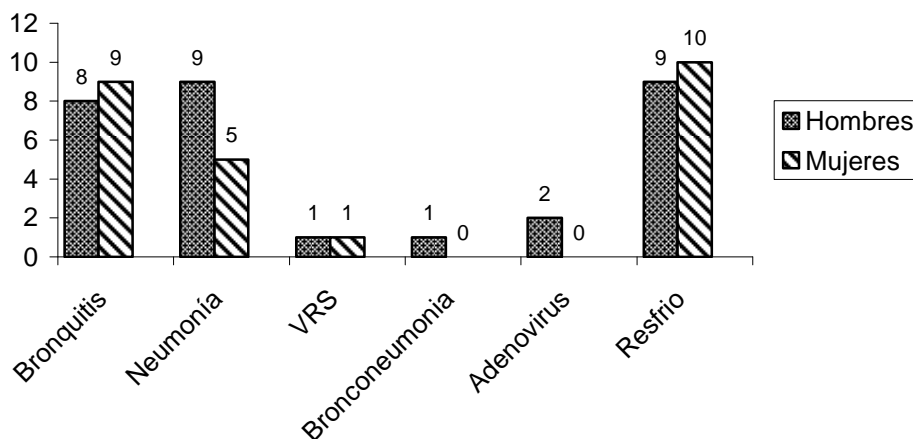
El 68% de los niños incluidos en el estudio, recibió lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida, incluyendo a los menores de seis meses que hasta el momento sólo han recibido lactancia materna exclusiva. El 25% ha recibido lactancia materna y artificial. El 7% ha recibido lactancia artificial.

5.9 HOSPITALIZACIÓN PREVIA DEL NIÑO EN ESTUDIO

El 17% de los niños incluidos en el estudio cuentan con el antecedente de hospitalización, de éstos el 80% corresponde a causas de tipo respiratorio.

5.10 ANTECEDENTES MORBIDOS DE TIPO RESPIRATORIO EN EL NIÑO

Gráfico N° 2: Distribución numérica del grupo en estudio, según tipo de patologías respiratorias que han presentado los niños.



El 46.6% (55) ha presentado alguna enfermedad de tipo respiratorio, de éstos el 54.5% son hombres y el 45.5% mujeres. De las patologías respiratorias referidas por las madres o cuidadores, las más comunes fueron resfrío (19), bronquitis obstructiva (17) y neumonía (14).

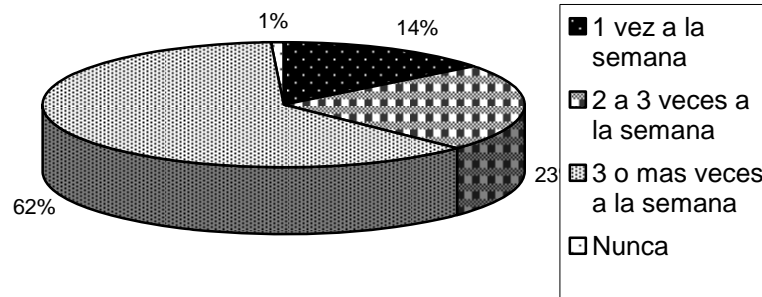
En relación al nivel socioeconómico, de 55 niños que han presentado morbilidad respiratoria, el 83.6% pertenece al nivel socioeconómico bajo (FONASA A y B) y un 16.4% al nivel socioeconómico medio (FONASA C y D), de acuerdo a la clasificación estructurada por tipo de previsión de salud.

5.11 ANTECEDENTES DE TIPO RESPIRATORIO EN ALGUN FAMILIAR DEL NIÑO

El 33.9% (40) de los niños incluidos en el estudio, tiene algún familiar que presenta un antecedente mórbido de tipo respiratorio, de éstos el 97.5% corresponde a asma y el 2.5% restante corresponde a EPOC. Además, de estos 40 niños que presentan este factor de riesgo, el 47.5% (19) ya ha presentado alguna patología de tipo respiratorio.

5.12 FRECUENCIA CON LA QUE SE VENTILA EL HOGAR

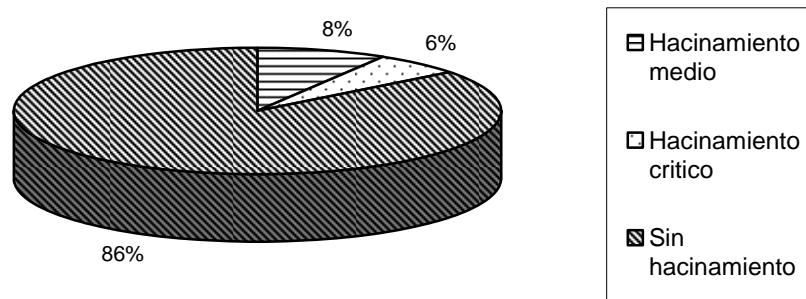
Gráfico N° 3: Distribución porcentual de la frecuencia con que las madres o cuidadores ventilan su hogar durante los meses de otoño e invierno.



Según la frecuencia con la que se ventila el hogar en los meses de otoño e invierno, un 62% manifestó hacerlo por lo menos tres o más veces durante la semana, el resto lo hace menos de dos veces por semana.

5.13 HACINAMIENTO EN EL HOGAR

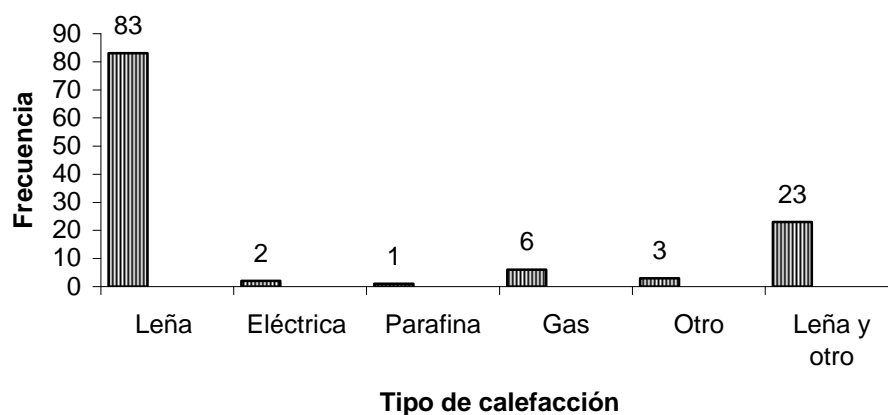
Gráfico N° 4: Distribución porcentual de la población en estudio, según la presencia de hacinamiento en el hogar.



En este gráfico podemos ver que un 14% de los hogares presenta algún tipo de hacinamiento. De éste un 8% corresponde a hacinamiento medio, donde tres personas comparten un mismo dormitorio, seguido de un 6% que corresponde a hacinamiento crítico, donde cuatro o más personas comparten un dormitorio.

5.14 TIPO DE CALEFACCION

Gráfico N° 5: Distribución numérica de la población en estudio, según tipo de calefacción utilizada en los meses de otoño e invierno.

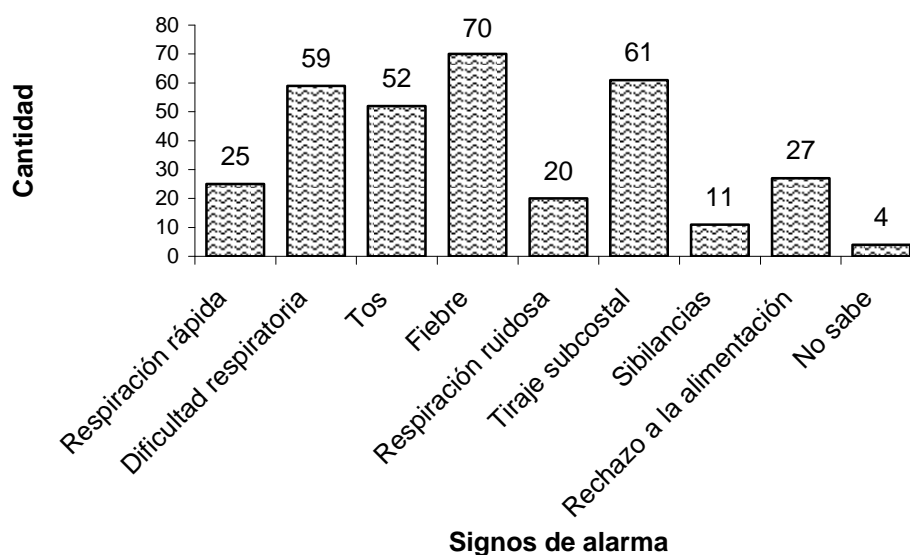


Según el tipo de calefacción utilizada, el mayor número de hogares de los niños en estudio (83) utilizan la leña como combustible de calefacción, lo sigue la utilización de leña además de otro tipo de combustible (23), el resto como, gas, eléctrica, parafina, se distribuyen en forma similar.

5.15 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE LOS SIGNOS O SINTOMAS DE ALARMA PARA IRA.

De un total de 9 respuestas correctas, asignadas en la encuesta como respiración rápida, dificultad respiratoria, tos, fiebre, respiración ruidosa, tiraje subcostal, sibilancias, rechazo a la alimentación; el promedio de respuestas dadas por las madres o cuidadores fue de 2,7 signos o síntomas de alarma y DS= 1.2 Los signos o síntomas mas reconocidos por las madres o cuidadores, se muestran en el gráfico 6.

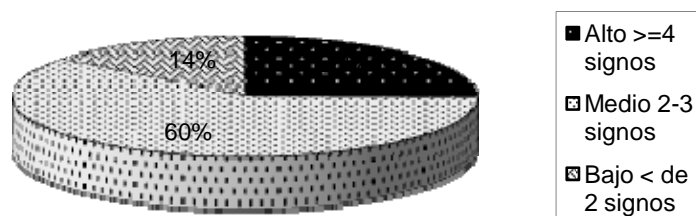
Gráfico N° 6: Distribución numérica de las madres o cuidadores, según los signos o síntomas de alarma para IRA, más reconocidos por ellas.



Se observa que el signo o síntoma de alarma para IRA, más reconocido por las madres o cuidadores es la fiebre (70), seguido por tiraje subcostal (61) y por dificultad respiratoria (59).

5.16 GRADO DE CONOCIMIENTO CLASIFICADO EN ALTO, MEDIO Y BAJO.

Gráfico N° 7: Distribución porcentual de las madres o cuidadores según el nivel de conocimiento de los signos o síntomas de alarma para IRA.



En el gráfico 7 se observa que el 61% de las madres o cuidadores, tiene un nivel de conocimiento medio respecto a los signos o síntomas de alarma para IRA, lo que significa que nombraron al menos dos o tres signos o síntomas, seguido por un 25% correspondiente a un nivel alto de conocimiento de las madres o cuidadores que nombraron cuatro o más signos o síntomas de alarma para IRA. Destaca el bajo porcentaje, 14% de madres o cuidadores que reconoció menos de dos o ningún signo o síntoma, considerándose como un nivel de conocimiento bajo o nulo.

5.17 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS O SINTOMAS DE ALARMA PARA IRA Y ESCOLARIDAD DE LAS MADRES O CUIDADORES.

Tabla N° 4: Distribución de índices de las madres o cuidadores según grado de conocimientos sobre IRA y escolaridad.

<i>Escolaridad</i>	<i>Grado de conocimiento de los signos de alarma</i>						Total
	Bajo		Medio		Alto		
Sin estudios	0	0	2	0.02	0	0	2
Básica incompleta	2	0.11	3	0.04	0	0	5
Básica completa	2	0.11	7	0.09	2	0.06	11
Media incompleta	5	0.29	14	0.23	2	0.06	21
Media completa	6	0.35	32	0.45	14	0.46	52
Superior incompleta	1	0.05	4	0.05	2	0.06	7
Superior completa	1	0.05	9	0.12	10	0.33	20
Total	17		71		30		118

El nivel de conocimientos sobre los signos o síntomas de alarma de IRA, tiene relación con la escolaridad de la madre o cuidador, ya que a medida que aumenta el nivel de conocimientos se observa un aumento de la escolaridad sobre enseñanza media completa, según los índices expuestos en la tabla.

5.18 FACTORES DE RIESGO PARA INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y MORBILIDAD RESPIRATORIA EN LOS NIÑOS DEL ESTUDIO.

Tabla N° 5 Distribución numérica y porcentual de la población en estudio, según factor de riesgo y presencia de morbilidad respiratoria en los niños que presentan el factor de riesgo.

FACTOR DE RIESGO	N	% *	%** C/A
Madre adolescente	21	17.8	38
Baja escolaridad de la madre	7	5.9	57.1
Bajo nivel socioeconómico	90	76.3	51.1
Fumar dentro de la casa	5	4.2	20
Sin educación previa IRA	45	38.1	46.6
Gestación pre o post término	23	19.5	43.4
Lactancia mixta o artificial	38	32.2	50
Hospitalización en el niño	20	17	85
Antecedentes mórbidos respiratorios Niño	55	46.6	100
Antecedentes mórbidos Respiratorios Familia	40	33.9	47.5
Ventilación < 3 veces por semana.	45	38.1	48.8
Hacinamiento medio o crítico.	17	14.4	47
Calefacción a leña, parafina o gas.	113	95.8	46
Percepción de humedad en el hogar	99	83.9	45
Edad niño < 3 meses.	28	23.7	21.4

*n=118 **n= numero de cada factor de riesgo relacionado con el antecedente de presencia de morbilidad respiratoria.

En la tabla se observa, que los factores de riesgo para IRA, incluidos en el estudio, los que presentan una mayor frecuencia, son la utilización de leña como combustible de calefacción con un 95.8% (113), lo sigue el nivel de humedad en el hogar, que corresponde a la percepción de las madres o cuidadores de la humedad que existe en sus casas ya sea esta baja, moderada o alta, el 83.9% manifestó que percibe algún nivel de humedad en su hogar. Otro importante factor de riesgo es el bajo nivel socioeconómico que el 76.3% de las madres o cuidadores y en general la familia de los niños incluidos en el estudio tiene. El 46.6% de los niños incluidos en el estudio, ya han tenido algún tipo de patología respiratoria, factor de riesgo que es relevante en esta investigación. El promedio de factores de riesgo por niño es de 5.4 y DS= 1.6

Si observamos que porcentaje de los niños en estudio por cada factor de riesgo presentó alguna patología respiratoria, destaca el bajo nivel socioeconómico con un 51.1%, lactancia mixta o artificial con un 50%, ventilación de la casa menor a tres veces por semana

con un 48.8% y los antecedentes mórbidos respiratorios en la familia con un 47.5% de niños con antecedentes mórbidos del total que padece este factor de riesgo. De los hijos de madre con baja escolaridad, un 57.1% presentó alguna patología respiratoria, sin embargo las madres con baja escolaridad son sólo el 5.9% (7), considerando una cantidad insuficiente para establecer alguna relación.

5.19 FACTORES DE RIESGO PARA INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS O SINTOMAS DE ALARMA.

Tabla N° 6. Distribución de índices de la población en estudio según factor de riesgo y nivel de conocimiento sobre los signos o síntomas de alarma de IRA.

Factor de riesgo	Índices* de nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma para IRA.			
	Bajo	Medio	Alto	Total
Madre adolescente	0.17	0.23	0.03	21
Baja escolaridad	0.3	0.7	0	7
Bajo nivel socioeconómico	0.88	0.80	0.6	90
Hábito tabáquico dentro de la casa	0	0.04	0.06	5
Sin educación previa en IRA	0.70	0.38	0.2	45
Gestación pre o post término	0.17	0.22	0.13	23
Lactancia mixta o artificial	0.11	0.36	0.33	38
Hospitalización en el niño	0	0.21	0.16	20
Antecedentes mórbidos respiratorios niño	0.35	0.49	0.46	55
Antecedentes mórbidos respiratorios familiares	0.23	0.32	0.43	40
Ventilación < 3 veces por semana	0.29	0.40	0.36	45
Hacinamiento medio o crítico	0.17	0.11	0.2	17
Calefacción leña, parafina o gas	1	0.94	0.96	113
Percepción humedad en el hogar	0.76	0.85	0.83	99
Edad niño < 3 meses	0.29	0.25	0.16	28

* Los índices se obtuvieron de acuerdo al total que correspondía a cada factor de riesgo, ejemplo: Baja escolaridad=7 de ellas 2 presentaban bajo conocimiento, por lo tanto $2/7=0.3$.

En la tabla se observa, que los factores de riesgo que muestran un aumento en sus índices, a medida que aumenta el nivel de conocimiento son la hospitalización previa del niño en estudio, los antecedentes mórbidos de tipo respiratorio en el niño y los antecedentes mórbidos de tipo respiratorio en algún familiar. Por el contrario los factores de riesgo que muestran una disminución a medida que aumenta el nivel de conocimientos, es la falta de educación previa en IRA, el bajo nivel socioeconómico y la baja escolaridad, esta última presenta un mayor índice (0.7) en el nivel medio de conocimiento y un índice de de 0 en el

nivel alto de conocimiento. El resto de los factores de riesgo no muestran diferencias significativas dentro de uno u otro nivel de conocimiento sobre signos o síntomas de alarma para IRA.

Promedio de factores de riesgo por nivel de conocimiento respecto a IRA: las madres o cuidadores que presentaron un nivel bajo de conocimiento tienen 5.7 factores de riesgo promedio por niño, con una DS= 1.2, en el nivel medio de conocimiento hay 6.0 factores de riesgo promedio, con una DS= 1.7 y en el nivel alto de conocimiento hay 5.1 factores de riesgo promedio, con una DS= 1.5.

Tabla N° 7. Distribución de índices de madres o cuidadores, según número de hijos y nivel de conocimiento de IRA.

Número de hijos	Índices de nivel de conocimientos		
	Bajo	Medio	Alto
1	0.47	0.53	0.36
2	0.29	0.30	0.43
3 o más	0.23	0.15	0.2

Se observa en la tabla que el mayor índice lo tienen las personas con nivel medio de conocimientos en IRA y con un sólo hijo con un 0.53, los más altos índices se concentran en las madres o cuidadores con un sólo hijo que corresponde al caso índice.

6. DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos en la presente investigación, podemos considerar que coincide en muchos aspectos con investigaciones similares.

Un 54.5% de los niños que presentaron algún tipo de patología respiratoria son varones, lo que coincide con el estudio de López y otros (2001) que indican que son los principalmente afectados por las IRAs, más aun si son menores de un año. Kuszniarz, (2007) también plantea que de los pacientes que presentaron IRA, mayormente eran varones y menores de un año. Si bien en esta investigación no se observa una diferencia realmente significativa entre ambos sexos, igualmente predomina el sexo masculino.

En cuanto a los signos o síntomas más reconocidos por las madres, fueron la fiebre (70), tiraje subcostal (61) y dificultad respiratoria (59), los menos reconocidos fueron las sibilancias (11), respiración ruidosa (20) y respiración rápida (25), lo cual se asemeja a un estudio realizado en nuestro país por Toro y Astroza (citado por Cujíño & Muñoz, 1999), en que los signos más reconocidos por las madres fueron la fiebre y dentro de los menos reconocidos la respiración rápida, sin embargo en este estudio dentro de los menos reconocidos encontraron el tiraje subcostal, signo que en esta investigación tuvo un amplio reconocimiento por parte de las madres o cuidadores.

En otro estudio de similares características, la fiebre fue también una de las más reconocidas, no así la respiración rápida (Cujíño & Muñoz, 1999), además estos estudios refieren que la mayoría de las madres pertenecían a estratos socioeconómicos bajos y que muchas de ellas no completaban sus estudios, en este aspecto en nuestro estudio encontramos que el 5.8% de las madres o cuidadores presenta un nivel de escolaridad bajo y que el 76.3% pertenece a un nivel socioeconómico bajo, por lo tanto el nivel de escolaridad no coincide con el estudio de Cujíño, Muñoz, Toro & Astroza.

La falta de entrega de alguna unidad educativa por algún profesional de la salud respecto a IRA, tiene relación con el nivel de conocimiento de las madres sobre signos de alarma, ya que se demuestra que el índice de éste factor de riesgo disminuye a medida que aumenta el nivel de conocimiento de signos de alarma con índices de 0.7, 0.38 y 0.2, en el nivel bajo, medio y alto respectivamente. Demostrando que la educación realizada por algún profesional de la salud, es influyente en el nivel de conocimientos del padre o cuidador, respecto al tema.

En relación a la escolaridad de las madres o cuidadores, 7 de ellas presentan baja escolaridad, es decir que aún no han completado la enseñanza básica, de éstas el 57.1% (4) tiene un hijo (niño en estudio) que ha presentado alguna patología respiratoria, si bien presenta uno de los más altos porcentajes de incidencia de IRA, el número de madres con baja escolaridad no es significativo, por lo tanto no podemos realizar una comparación importante con lo planteado en el estudio de Toro y Astroza (citado por Cujíño & Muñoz, 1999) el cual señala que dentro de los principales factores de riesgo para IRA, se encuentra el nivel socioeconómico y la baja escolaridad de los padres, Freitas y otros (2004) expone dentro de su estudio que las madres con baja escolaridad presentaron un 68.8% de prevalencia en IRA, Martínez & Valdés (1999) afirma también como el nivel educacional de la madre o cuidador influye en la morbilidad por IRA.

En relación a lo anterior podemos destacar que de las madres o cuidadores incluidos en el estudio, un 94.2% presenta buen nivel de escolaridad, lo cual se considera importante ya que el proceso educativo se hace más comprensible, facilitando aún más la función educadora de enfermería.

De los niños que han presentado alguna patología respiratoria, el 83.6% pertenece al nivel socioeconómico bajo, contra un 16.4% que corresponde al nivel medio, aspecto que se relaciona a lo señalado por Martínez & Valdés, que mientras menor es la renta mayor era la prevalencia en IRA.

Sin embargo en relación a lo anterior, destaca que el nivel de conocimientos respecto a IRA, en las madres o cuidadores iba en aumento a medida que aumentaba la escolaridad, con un índice de un 0.05 de enseñanza superior completa en el nivel bajo de conocimientos, 0.12 en el nivel medio y 0.33 en el nivel alto, así mismo la enseñanza básica incompleta iba en disminución a medida que aumentaba el nivel de conocimientos con un índice de 0.11 en el nivel bajo de conocimientos, 0.04 nivel medio y 0 en el nivel alto, lo que demuestra que el nivel de conocimientos respecto a IRA, es directamente proporcional a la escolaridad, lo cual coincide con los estudios de Toro y Astroza (citado por Cujíño & Muñoz, 1999)

Al relacionar el nivel de conocimientos en IRA con otros factores de riesgo destaca que las madres o cuidadores que ya han tenido la experiencia de un hijo con patología respiratoria, la hospitalización de éste o algún familiar con patología respiratoria, presentaron un mayor nivel de conocimientos, que pudiese estar influenciado por estas experiencias de vida, el contar con estos antecedentes les hace conocer más el tema, con un índice de 0, 0.21, 0.16, en el nivel bajo, medio y alto respectivamente en las que presentaron hospitalización de su hijo, un 0.35, 0.49, 0.46 en el nivel bajo, medio y alto de los niños que presentaron morbilidad respiratoria y un índice de 0.23, 0.32 y 0.43, en el nivel bajo, medio y alto de las madres o cuidadores que tienen algún familiar con morbilidad respiratoria.

En el caso de la morbilidad respiratoria de algún familiar, el 97.5% corresponde a asma y el 2.5% a EPOC, considerando que estas patologías crónicas involucran a toda la familia, en cuanto a tratamiento y prevención de exacerbaciones, lo que sin duda representa la adquisición de algún tipo de conocimiento respecto a signos o síntomas de algún problema de la función respiratoria, por parte de los familiares, principalmente de la madre o cuidador. Lo mismo sucede con la hospitalización previa del niño en estudio ya que de éstas, el 80% corresponde a causas de tipo respiratorio, donde probablemente se han realizado ya algunas unidades educativas o se ha entregado información a las madres o cuidadores por parte del profesional de enfermería respecto a los cuidados, igualmente con la experiencia de las madres o cuidadores en la que su hijo ya ha padecido alguna patología respiratoria.

Sin embargo, en relación a lo anterior, no se muestran diferencias significativas en lo que respecta al nivel de conocimientos en IRA, según la experiencia que tienen las madres o cuidadores cuando tienen más de un hijo o niño bajo su cuidado.

En relación a la lactancia materna, el 67.8% de los niños en estudio recibieron lactancia materna exclusiva hasta el 6º mes de vida, el 32.2% restante ha recibido lactancia mixta o artificial, de éstos últimos el 50% de los niños, ha presentado morbilidad respiratoria, si bien pueden haber influido además otras variables, no se puede descartar que esta variable se comporta como factor de riesgo ya que la lactancia materna aporta inmunidad pasiva al lactante, no ocurriendo lo mismo con la lactancia artificial, protegiéndolo de diversas enfermedades y en este caso de las IRA, como lo expuesto por Prieto, Reitor & Russ (2000) en un estudio de casos y controles, determinando que la escasa lactancia materna es un factor de riesgo considerable, lo mismo se encontró en un estudio realizado en América Latina y el Caribe (citado por la OPS, 2001) y en lo expuesto por Freitas y otros (2004).

En este estudio, el nivel de conocimiento sobre IRA, no tiene mayor relación con la lactancia materna.

En relación a la ventilación en el hogar, encontramos que el 62% ventila más de tres veces a la semana en los meses de otoño e invierno. Del 38% restante que lo hace menos de 3 veces a la semana, el 48.8% de los niños ha presentado alguna patología respiratoria, considerándolo también como un factor de riesgo influyente en la aparición de éstas, más aún en la zona geográfica en la que nos encontramos, lluviosa con alta humedad y donde el uso de la calefacción a leña es masivo, son sin duda un conjunto de factores predisponentes que en esta investigación destacaron.

Un 95% de la población en estudio utiliza calefacción a leña, de estos un 46% de los niños presentó alguna patología respiratoria, además un 83.9% de las madres o cuidadores, manifestó percibir algún nivel de humedad en su hogar, de éstos el 45% presentó alguna enfermedad respiratoria. Todos estos factores obtuvieron un gran porcentaje, los cuales

también fueron encontrados en estudios de la OPS (1999), reafirmando su influencia en el padecimiento de las IRA. Sin embargo, la calefacción a leña, percepción de humedad y poca ventilación, no tienen relación significativa según el nivel de conocimiento sobre signos o síntomas de alarma de IRA.

En cuanto al hábito tabáquico, Barría y Calvo (2008), exponen que el tabaquismo pasivo aumenta al doble el riesgo de padecer IRA en los lactantes, lo mismo se plantea por Prieto y otros (2000), sin embargo en esta investigación es difícil determinar la influencia de este factor de riesgo, pues sólo un 4% (5) de los hogares de los niños en estudio presenta hábito tabáquico dentro del hogar, de éstos el 20% de los niños presentó alguna patología respiratoria, se considera un número no suficiente para realizar comparaciones, pero sin duda es un factor determinante en la aparición de estas patologías. En relación al nivel de conocimientos, presenta un índice de 0.04 y 0.06 en el nivel medio y alto respectivamente, los cuales no son valores muy representativos, por lo tanto no tienen mayor relación.

En cuanto al hacinamiento, el 14% (17 niños) de la población presenta algún tipo de hacinamiento ya sea medio (3 personas en un mismo dormitorio) y crítico (4 o más personas en un mismo dormitorio), de éstos el 47% (8) de los niños, presentó alguna enfermedad de tipo respiratorio, en los cuales sin duda este factor puede haber sido predisponente en la aparición de éstas enfermedades. Según Prieto y otros (2000) establece la relación del hacinamiento con las IRAs, la OPS (1999), lo asocia a la presencia de 5 niños o más dentro de una vivienda. No hay relación entre el hacinamiento y el nivel de conocimiento, ya que presenta índices de 0.17, 0.11 y 0.2 en el nivel bajo, medio y alto respectivamente. Se considera que, independiente del nivel de conocimiento, este es un factor de riesgo difícil de cambiar, ya que al igual que la percepción de humedad, el tipo de calefacción, éstos dependen del nivel socioeconómico, que en el 76.3% corresponde a un bajo nivel socioeconómico.

En relación a la gestación, de 19 embarazos de pretérmino y post término en total, el 43.4% presentó alguna patología de tipo respiratorio, pudiendo relacionarse con los riesgos propios de tipo respiratorio que presentan los niños que no tuvieron un tiempo de gestación normal, sin embargo este factor no tiene relación con el nivel de conocimiento de los padres o cuidadores, mostrando índices similares en cada nivel (0.17, 0.22 y 0.13 en el bajo, medio y alto respectivamente)

7. CONCLUSIONES

El profesional de enfermería juega un rol protagónico en cuanto a educación, principalmente en atención primaria de salud, ya que en el caso de la salud infantil, específicamente en el Control de Niño Sano, es donde se dan las instancias adecuadas para evitar en gran magnitud el paso de la población infantil a la atención secundaria debido a causas prevenibles.

Se demostró en esta investigación, que la educación respecto a los signos o síntomas de alarma para IRA, aumentaba el nivel de conocimiento de los padres o cuidadores, sin embargo aunque el nivel de escolaridad y socioeconómico de éstos es directamente proporcional al nivel de conocimiento, muchos de estos padres no recibieron la información necesaria, transformándose en un factor de riesgo más para la aparición de éste tipo de enfermedades, aumentando la incidencia y prevalencia de éstas.

Si bien, en esta investigación no se recolectó información sobre el conocimiento de los padres en cuanto a prevención de las IRAs, se considera que el conocimiento de éstos respecto a los signos o síntomas que los motiven a llevar a su hijo a un centro asistencial, es información igualmente importante, pues mejora la toma de decisiones de los padres en relación a cuándo, cómo y dónde acudir a un centro asistencial, evitando así algún tipo de complicación en la salud del niño. La entrega de información y educación, mejora las aptitudes de los padres en la toma de decisiones acertadas, aspecto que es parte de la estrategia planteada en la Carta de Ottawa, según Sánchez (2000, citado en Campos y Márquez, 2004). Además la toma de decisiones se considera por Orem (1995, citado en Campos y Márquez, 2004), como la primera etapa del autocuidado deliberado.

Se ha constatado a lo largo de la historia, que los programas diseñados por el gobierno, que tienen como fin disminuir la morbimortalidad infantil, han dado favorables resultados, como profesionales de enfermería en atención primaria de salud, se debe poner énfasis no solamente en la entrega de información a los padres, sino también en las capacitaciones constantes al personal de salud respecto a promoción, prevención, accesos de la población al sistema de salud, etc. de acuerdo a la situación epidemiológica y sociodemográfica que se esté viviendo. Además es necesario la realización de un trabajo multidisciplinario, incorporando la participación de médicos, kinesiólogos como lo plantea el programa IRA, del Ministerio de Salud de Chile (Astudillo y Guirardi, 2001), no individualmente sino un trabajo en equipo.

Una de las intervenciones que se pueden realizar es la educación no sólo a los padres sino también a muchas de las profesoras, parvularias que trabajan en salas cuna, jardín infantil, en la prevención y reconocimiento de signos o síntomas de alarma, pues este presenta un lugar de riesgo en la transmisión de enfermedades, principalmente respiratorias, entre un niño y otro, considerando que el trabajo con el profesional de educación contribuiría enormemente en la disminución de la morbimortalidad infantil.

De lo planteado anteriormente, consideramos que en atención primaria la información en IRA, al igual que muchos otros temas de importancia, debe ser monitorizada como un indicador de calidad de la atención, asegurándose que todos los padres o cuidadores que asistan a controles de niño sano la reciban, manteniendo un registro que respalde las acciones realizadas.

A partir de los resultados de esta investigación, pretendemos que ésta sea una herramienta para los profesionales de salud y estudiantes de enfermería respecto a las intervenciones y estrategias a realizar respecto a promoción y prevención de las IRA en el menor de un año, entre las cuales podemos destacar:

- Realización de investigaciones respecto al tema, que permitan medir el impacto y replantear las estrategias que actualmente se están implementando en cuanto a promoción y prevención de las IRA, de acuerdo a los cambios epidemiológicos y sociodemográficos de la población.
- Realización de unidades educativas por parte de los profesionales, así como de los estudiantes de enfermería que participan en los controles de niño sano, y a la comunidad en general respecto a la prevención y reconocimiento de signos y síntomas de alarma, mediante la entrega de información verbal y escrita a los padres que asisten al centro de salud, así como también unidades que promuevan la salud de los niños respecto a la prevención IRA (ventilar el hogar, evitar contaminación intradomiciliaria, evitar cambios bruscos de temperatura, etc.), principalmente en los meses de otoño e invierno.
- Recurrir a distintos medios de comunicación, ya sea radio, televisión, afiches, para asegurar la entrega de información a toda la comunidad.

Finalmente creemos que como profesionales de enfermería debemos incluir las cuatro funciones del rol en los diversos temas de salud, si bien potenciamos mas la educación, consideramos que el área de investigación debe desarrollarse de la misma manera, ya que permite verificar si las acciones realizadas han sido efectivas o si es necesario plantearse nuevas líneas, con el fin de mejorar la calidad de vida de la población infantil y de todo el país en general.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Astudillo, P. y Guirardi, P. y Zúñiga, F. (2001). El programa IRA en Chile: hitos e historia. *Revista Chilena de Pediatría*, 72, (4). Extraído el 8 de Septiembre de 2008 de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062001000400003&script=sci_arttext
- Avendaño, L., Céspedes, A., Stecher, X. y Palomino, M. (1999). Influencia de virus respiratorios, frío y contaminación aérea en la infección respiratoria aguda baja del lactante. *Revista Médica de Chile*, 127, (9). Extraído el 5 de Marzo de 2009 de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98871999000900006
- Barría, M. y Calvo, M., (2008). Factores asociados a infecciones respiratorias dentro de los tres primeros meses de vida. *Revista Chilena de Pediatría*. 79, (3). Extraído el 3 de Febrero de 2009 de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062008000300006&script=sci_arttext
- Campos, S., Márquez, F. (2004). Toma de decisiones en mujeres que acuden al control sano de un programa infantil. *Revista horizonte de enfermería*, 15. 53-61. Extraído El 1 de Marzo de 2009 de http://www.puc.cl/enfermeria/html/produccion/cienti/publi_esc/revista1.html
- Cujiño, M. y Muñoz, L. (2001). Conocimientos y prácticas de las madres y acciones de promoción y prevención desarrolladas por los agentes de salud, para el manejo de las infecciones respiratorias agudas, no neumonía, en menores de 5 años. *Revista Colombia Médica*, 32, (1), 41-48. Extraído el 27 de Septiembre de 2008 de <http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL32NO1/ira.pdf>
- Fielbaum, O. y Herrera, O. (2002). *Enfermedades Respiratorias Infantiles*. (2° Ed.). Santiago: Mediterráneo. 25-28; 30-33
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (UNICEF) (2008). Chile lidera ranking de sobrevivencia infantil en la región. Extraído el 29 de Septiembre de 2008 de <http://www.unicef.cl/noticia/ficha.php?id=343>

- Freitas, J., Baptista, A., Halpern, R., Gomes, C. y Celso, F. (2004). Prevalência e fatores de risco para infecção respiratória aguda em crianças aos seis meses de vida. *Revista de Pediatria do Ceará*. Extraído el 2 de Marzo de 2009 de <http://www.socep.org.br/Rped/pdf/5.2%20Art%20Orig%2002.pdf>
- Kusznierz, G., Cociglio, R., Pierini, J., Malatini, M., Walker, A y Millán A. (2007). Infección respiratoria aguda por adenovirus en niños hospitalizados en Santa Fe. *Archivos Argentinos de Pediatría*. Extraído el 25 de Febrero de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752007000300007&script=sci_arttext
- La lactancia materna y la mortalidad infantil en América Latina. (2001). *Revista Panamericana de Salud Pública*. 10, (2). Extraído el 25 de Febrero de 2009 de http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892001000800008&script=sci_arttext
- Leal, F., Aristizábal, G. y Reyes, M. (2001). *Neumología Pediátrica*. (4° Ed.). Colombia: Médica Panamericana. 168-173; 705-708.
- López, I., Sepúlveda, H., Guerra, J., Nazar, R., Martínez, W., Pacheco, P. y Montero, A. (2001). Infección respiratoria aguda baja (IRAB) del niño en atención primaria. *Revista Chilena de Pediatría*. 72, (3). Extraído el 4 de Enero de 2009 de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062001000300004&script=sci_arttext
- Martínez, C., Garza, A., Arcos, D. y Castro, F. (2002). Conocimiento del responsable del menor de 5 años sobre prevención de infecciones de vías respiratorias. *Revista de Salud Pública y Nutrición*. Extraído el 9 de Marzo de 2009 de <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ssa-2002/trabajos/tuberculosisyera.htm>
- Martínez, H. y Valdés, A. (1999). Nivel educacional de las madres y conocimientos, actitudes y prácticas ante las infecciones agudas de sus hijos. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 6, (6), 400-407. Extraído el 27 de Septiembre de 2008 de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v6n6/0966.pdf>
- Marriner, A. y Raile, M. (2007). *Modelos y teorías en enfermería*. (6° Ed.). España: Elsevier. S.A. 269-272

- Ministerio de Salud. (2005). *Guía Clínica Infección Respiratoria Aguda Baja de Manejo Ambulatorio en menores de 5 años*. Santiago. Extraído el 23 de Octubre de 2007 de <http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/IRABaja.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile. (2008). Campaña de Invierno 2008: importante disminución de fallecidos por neumonía. Extraído el 12 de Noviembre de 2007 de http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/noticias/noticias.php?id_n=229&show=9-2008
- Organización Panamericana de la Salud. (1999). *Infecciones Respiratorias en Niños*. Washington. DC: Autor. Recuperado el 23 de Febrero de 2009 de: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/aiepi1.htm>
- Organización Panamericana de Salud. (2001) *Investigaciones operativas sobre atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia*. Washington, DC: Autor. 9-13.
- Prieto, M., Reitor, L. y Russ, G. (2000). Factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 16, (2), 160-164. Extraído el 29 de Septiembre de 2008 de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v16n2/mgi10200.pdf>
- Thompson, E., Schulte, E., Price, D. y Gwin, J. (2002). *Enfermería Pediátrica de Thompson*. (8° Ed.) Mexico: Mc Graw-Hill Interamericana. 195-196

9. ANEXOS

I. DEFINICION NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

Variable	Definición nominal	Definición operacional
Edad del niño	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del niño a la fecha.	<ul style="list-style-type: none"> • 0 - 3 meses • 3 - 11 meses y 29 días
Edad de los padres	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha.	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes: entre 12 y 20 años • Adulto joven: entre 21 y 30 años • Adulto medio: entre 31 y 59 años
Edad de los cuidadores	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha.	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes: entre 12 y 20 años • Adulto joven: entre 21 y 30 años • Adulto medio: entre 31 y 59 años • Adulto mayor: más de 60 años.
Escolaridad de los padres	Conjunto de cursos aprobados en el sistema educacional formal.	<ul style="list-style-type: none"> • Educación básica incompleta • Educación básica completa • Educación media incompleta • Educación media completa • Estudios superiores incompletos. • Estudios superiores completos.
Previsión	Aseguradoras encargadas de brindar cobertura de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Fonasa A • Fonasa B • Fonasa C • Fonasa D • Isapre • Otro

Nivel socioeconómico	Nivel de ingresos que percibe la familia según tipo de previsión de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo: Fonasa A (Carentes de ingresos o Indigentes) y B (Ingreso imponible mensual menor o igual a \$159.000) • Medio: Fonasa C (Ingreso imponible mensual entre \$159.000 y \$232.140 con menos de 3 cargas familiares) y D (Ingreso imponible mensual mayor a \$232.140 con menos de 3 cargas familiares) • Alto: Isapre.
Vivienda:	Ventilación: Frecuencia con la que abre puertas y ventanas con el fin de renovar el aire.	<ul style="list-style-type: none"> • Una vez a la semana • Entre dos y tres veces a la semana. • Más de tres veces a la semana. • Nunca.
	Calefacción: Tipo de combustible destinado para calentar la casa.	<ul style="list-style-type: none"> • Leña • Gas • Parafina • Eléctrica • Otros
	Humedad: Agua que esta impregnada en los objetos o en el ambiente	Percepción del cuidador de 0 a 3 donde: <ul style="list-style-type: none"> • 0: no hay humedad • 1: poca humedad. • 2: humedad moderada. • 3: mucha humedad
	Hacinamiento: El hecho de que tres o mas personas compartan el mismo dormitorio.	<ul style="list-style-type: none"> • Sin hacinamiento (menos de 3 personas en un mismo dormitorio) • Hacinamiento medio (3 personas en un mismo dormitorio) • Hacinamiento critico (4 o más personas en un mismo dormitorio)

Nº de hermanos o niños al cuidado.	Cantidad de niños o adolescentes que se encuentran al cuidado de los padres o cuidadores, excluyendo al niño que participa en el estudio.	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 • 3 ó más
Habito tabáquico.	Presencia de algún integrante del grupo familiar que practique el hábito de fumar, ya sea dentro o fuera del hogar.	<ul style="list-style-type: none"> • Si, dentro del hogar • Si, fuera del hogar • No
Lactancia hasta el sexto mes del caso índice.	Tipo de leche recibida por el niño hasta el sexto mes o hasta el momento en que es incluido en el estudio.	<ul style="list-style-type: none"> • Exclusiva: Sólo lactancia materna. • Artificial : Leche industrializada • Mixta : Lactancia materna y leche industrializada
Signos de Alarma	Complicaciones del estado de salud del niño, que determinen gravedad del estado y por ende, el llevarlo a un centro de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Respiración rápida (más de 40 ciclos por minuto) • Dificultad para respirar • Respiración ruidosa • Tiraje subcostal • Sibilancias • Tos • Fiebre • Rechazo a la alimentación
Nivel de conocimiento de los padres o cuidador	Cantidad de información que maneje la madre o cuidador del niño, respecto a los signos de alarma de IRA.	<ul style="list-style-type: none"> • Alto: Reconoce 4 ó más signos • Medio: Reconoce 3 signos • Bajo: Reconoce 2 o menos signos.
Hospitalizaciones por causa respiratoria	Número de hospitalizaciones a causa de alguna patología respiratoria del niño menor de 1 año.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Causa _____

Morbilidad respiratoria en el niño menor de 1 año	Antecedentes mórbidos en el niño, de alguna patología respiratoria	<ul style="list-style-type: none"> • Sin antecedentes • Asma • Neumonía • VRS (Virus respiratorio sincicial) • Influenza • Otro
Morbilidad respiratoria en familiares.	Antecedentes mórbidos en hermanos, padres o abuelos del niño menor de 1 año	<ul style="list-style-type: none"> • Sin antecedentes • Asma • EPOC • Bronquitis crónica • Enfisema pulmonar • Otro
Educación en IRA	Educación recibida por los padres o cuidadores acerca de prevención y cuidados en IRA	<ul style="list-style-type: none"> • Si ¿De quién? • No
Período de gestación	Tiempo de duración del periodo de gestación	<ul style="list-style-type: none"> • Pretérmino • Término • Prolongado

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por el presente instrumento, yo _____.

Certifico que he tomado conocimiento de ser partícipe de una investigación desarrollada por las estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Austral de Chile, Alicia Pérez Salas y Natalí Rivas Cruz, con ocasión de la Tesis que se encuentran preparando para optar al grado de Licenciatura en Enfermería.

Declaro haber sido informado que las respuestas que proporcionaré a través de un cuestionario serán tratadas de manera anónima y los datos que aporte serán utilizados sólo con los fines de la investigación referida.

Valdivia, _____ de _____ de 2009.

Firma encuestado (a)

Firma Alicia Pérez Salas

Firma Natalí Rivas Cruz.

III. ENCUESTA

PERFIL DE LA POBLACION EN ESTUDIO

1. Edad de la madre o cuidador: _____

2. Escolaridad de la madre o cuidador

- a) Básica incompleta c) Enseñanza media incompleta e) Estudios superiores
b) Básica completa d) Enseñanza media completa f) Sin estudios.

3. Previsión de madre o cuidador

- a) Fonasa A c) Fonasa C d) Isapre
b) Fonasa B d) Fonasa D e) Otra

4. Nivel socioeconómico

- a) Bajo (Fonasa A y B) b) Medio (Fonasa C y D) c) Alto (Isapre)

5. Número de hijos o niños al cuidado

- a) 1 c) 3 ó más
b) 2

6. Hábito tabáquico de algún integrante del grupo familiar

___ Sí Fuera del hogar ___ Dentro del hogar ___
___ No

7. Educación en IRA

___ Sí ¿Dónde? Consultorio externo _____ Otro _____
Por: Médico ___ Enfermera(o) ___ Otro _____
___ No

Antecedentes del niño en estudio

8. Duración de la gestación

- a) Pretérmino
- b) Término
- c) Prolongado

9. Tipo de lactancia recibida hasta el sexto mes

- a) Exclusiva
- b) Artificial
- c) Mixta

10. Hospitalizaciones previas por causas de tipo respiratorio, en el niño menor de 1 año

___ Sí ¿Cuál? _____
___ No

11. Antecedentes mórbidos en el niño menor de 1 año

- a) Sin antecedentes
- b) Neumonía
- c) Influenza
- d) Asma
- e) VRS
- f) Otro ¿Cuál? _____

12. Antecedentes mórbidos en padres, hermanos o abuelos del niño menor de 1 año

- a) Sin antecedentes
- b) EPOC
- c) Enfisema pulmonar
- d) Asma
- e) Bronquitis crónica
- f) Otro ¿Cuál? _____

Vivienda

13. Frecuencia con la que ventila el hogar

- a) Una vez a la semana
- b) Entre dos y tres veces a la semana.
- c) Más de tres veces a la semana.
- d) Nunca

14. Presencia de hacinamiento

- a) Sin hacinamiento
- b) Hacinamiento medio
- c) Hacinamiento crítico

15. Tipo de calefacción

- | | | |
|---------|--------------|---------|
| a) Leña | c) Parafina | e) Otro |
| b) Gas | d) Eléctrica | |

16. Percepción de humedad en el hogar

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| a) 0: no hay humedad | c) 2: humedad moderada. |
| b) 1: poca humedad | d) 3: mucha humedad |

CONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA QUE AMERITEN LLEVAR AL NIÑO A UN CENTRO DE SALUD.

Sexo	
Edad	
¿Cuándo debe llevar a un niño con IRA para que sea visto en un centro de salud?	
a. Respiración rápida (mas de 60 ciclos por minuto)	
b. Dificultad para respirar	
c. Tos	
d. Fiebre	
e. Respiración ruidosa	
f. Tiraje subcostal	
g. Sibilancias	
h. Rechaza la alimentación	
i. No sabe	